



GALENO FAMILY, PER LA FAMIGLIA DEI MEDICI.

Galeno Family è il piano riservato ai figli dei soci iscritti a Galeno società mutua cooperativa- Fondo sanitario integrativo e accogliere i figli che non fanno parte- secondo i termini del Regolamento Galeno- del nucleo familiare.

GALENO FAMILY COMPRENDE TRE AREE DI TUTELA.

Ombrello/Fondo sanitario integrativo per proteggere la salute dell'aderente e della sua famiglia: prevenzione, assistenza sanitaria, diaria in caso di ricovero in strutture del SSN, long term care per i casi di non autosufficienza

Salvagente per far fronte all'imprevisto: premorienza, invalidità permanente da infortunio o da malattia

Salvadanaio per pensare al futuro: previdenza integrativa e complementare

SERVIZI ASSISTENZIALI E PREVIDENZIALI OFFERTI DA GALENO

OMBRELLO: È il Fondo sanitario costituito da Galeno per gli iscritti il cui regolamento prevede il rimborso delle spese mediche per ricoveri, interventi chirurgici e parti, spese extra ricoveri e diaria giornaliera in caso di ricovero in una struttura convenzione con SSN (ogni garanzia con i massimali ed i limiti indicati e concordati in polizza)

SALVAGENTE: Galeno, grazie al contratto di assicurazione stipulato con la Compagnia di assicurazione, prevede per gli iscritti una copertura assicurativa per le ipotesi di morte e invalidità permanente o malattia, per corrispondere direttamente all'aderente o alla famiglia un capitale concordato

SALVADANAIO: Cassa Galeno offre agli iscritti la possibilità di gestire la propria posizione previdenziale attraverso la scelta di due differenti forme di risparmio previdenziale (pensione integrativa e previdenza complementare) che i soci potranno scegliere di integrare mediante versamenti liberi e volontari

Le prestazioni erogate da Cassa Galeno sono rese in collaborazione con primarie Compagnie con le quali ha stipulato apposite polizze di assicurazione, ove sono elencate le prestazioni previste dalla Cassa per gli associati.

Il testo delle polizze stipulate da Galeno è pubblicato nel suo sito web (www.cassagaleno.it). L'aderente potrà prendere visione della documentazione e della modulistica di cui viene richiesta la compilazione e sottoscrizione per aderire al piano Galeno Family.

COME ADERIRE AL PIANO GALENO FAMILY.

Per aderire al Piano è necessario presentare richiesta di adesione al Consiglio di amministrazione di Galeno consegnando direttamente all'**incaricato ufficiale**, tramite **e-mail** a backoffice@cassagaleno.it, spedendo tramite **lettera raccomandata** a GALENO, Via Parigi 11, 00185 Roma o tramite **FEA** (firma elettronica avanzata):

- il presente modulo, da compilare in ogni sua parte
- fotocopia di un documento d'identità
- modello SEPA
- in mancanza del modello SEPA, copia del bonifico (IBAN IT70 X030 3213 2000 1000 0002 916) o assegno (non trasferibile, intestato Galeno Soc. Mutua Coop / Fondo Sanitario Integrativo).

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE



RICHIESTA D'ISCRIZIONE E RIEPILOGO CONTRIBUTI pag. 2 e 3

Perché la Cassa possa erogare in favore dei propri soci e dei loro familiari le prestazioni previste nel Regolamento è indispensabile che i richiedenti l'iscrizione forniscano l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Pertanto l'eventuale rifiuto al trattamento ed alla comunicazione di tali dati, ai soli fini dell'adempimento delle prestazioni assicurative, previdenziali e assistenziali, comporta l'impossibilità di iscrizione alla Cassa.

SCHEDA DI ADESIONE INDIVIDUALE ALL' ASSICURAZIONE COLLETTIVA VITA pag.4

Deve essere compilata da tutti gli aderenti in quanto per tutti è previsto un capitale assicurativo di almeno 5.165,00 euro. La parte riguardante le dichiarazioni aggiuntive deve essere compilata e firmata solo nel caso in cui il capitale assicurato superi i 69.000 euro (in relazione alle caratteristiche del piano o a eventuale integrazione richiesta) o in presenza delle seguenti patologie:

- 1) patologie cardio-vascolari (escludendo l'ipertensione): infarto miocardico, ictus, trombosi, aneurismi vascolari;
- 2) tumori maligni;
- 3) malattie neurologiche: Parkinson, Alzheimer, malattie neuronali tipo Duchenne, SLA, sclerosi multipla, esiti poliomielite;
- 4) malattie autoimmuni: lupus eritematoso, sclerodermia, sindrome di Sjogren.

2 RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Sesso

Luogo di nascita

Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Domicilio: città/cap

indirizzo

Telefono abitazione

cellulare

Telefono studio

fax

e-mail

PEC

Si prega di compilare tutti i campi

CHIEDE DI ADERIRE AL PIANO

coniuge (legale o di fatto)

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

figlio/a

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

figlio/a

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

figlio/a

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

figlio/a

luogo di nascita

data di nascita (gg/mm/aaaa)

codice fiscale

4 SCHEDA DI ADESIONE INDIVIDUALE ALL' ASSICURAZIONE COLLETTIVA VITA PER IL CASO MORTE

Convenzione n. 1013108 Unipol Assicurazioni S.p.A – Direzione Area Broker Roma cod. 0074/40423
(prima della sottoscrizione, si raccomanda all'Assicurando di verificare l'esattezza delle dichiarazioni)

Cognome e Nome: _____ **C.F.** _____
Luogo e data di nascita (gg/mm/aaaa) _____
Domicilio: Città/Cap _____ **indirizzo** _____
Professione: _____
Capitale da assicurare: come da piano _____ **Decorrenza dell'assicurazione: come da Regolamento**

Beneficiari:

(in mancanza di designazione: eredi testamentari o, in assenza, eredi legittimi)

il sottoscritto dichiara di conoscere le condizioni di cui alla Convenzione n. 1104183 stipulata tra Unipol Assicurazioni S.p.A. e GALENO Soc. Mutua Coop./ FSI, nonché di aver ricevuto dal Contraente le relative Condizioni regolanti l'assicurazione, e acconsente all'assicurazione medesima, a norma del disposto dell'art. 1919 del Codice Civile, a cui aderisce mediante la sottoscrizione della presente scheda.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) _____ **L' Assicurando**

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dati personali) e del Regolamento UE 679/2016, preso atto dell'Informativa riportata all'Art. 11 del Regolamento Galeno Family e dell'informativa ricevuta da Unipol Assicurazioni S.p.A., qui allegata, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali relativi allo stato di salute, particolari e sensibili.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) _____ **L' Assicurando**

DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE

PRESENZA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE: patologie cardiovascolari quali infarto miocardico, Ictus, Trombosi, Aneurisma vascolare; Tumori maligni; patologie neurologiche quali Parkinson, Alzheimer, malattie neuronali tipo Duchenne, SLA, Sclerosi multipla, esiti Poliomielite; patologie autoimmuni quali Lupus eritematoso, Sclerodermia, Sindrome di Sjogren; **SI** **NO**

CAPITALE COMPLESSIVAMENTE SUPERIORE A 69.000 euro **SI** **NO**

Se ha risposto SI ad almeno una delle due domande precedenti compili il questionario di seguito riportato.

Al fine di non pregiudicare il diritto alle prestazioni assicurative, è interesse dell'Assicurato non tacere elementi rilevanti per l'esatta valutazione del rischio, da parte della Compagnia, relativo alla presente assicurazione, a norma del disposto degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

AVVERTENZE

Dichiaro di aver preso visione delle avvertenze che seguono, da tenere in considerazione all'adesione all'assicurazione e, in ogni caso, al momento della compilazione delle presenti Dichiarazioni Aggiuntive:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, relative a informazioni rese dall'Assicurato e richieste per l'inserimento in assicurazione, possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione delle presenti Dichiarazioni Aggiuntive, il soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni stesse;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Luogo e data (gg/mm/aaaa) _____ **L' Assicurando**

1) Ha sofferto o soffre attualmente di malattie (tra cui eventuali patologie sopraindicate), alterazioni morbose o menomazioni fisiche tali da alterare il buono stato di salute?

SI **NO** se SI compilare il seguente riquadro

Descrizione evento	Anno	Ricovero	Intervento chirurgico (descrizione)	Postumi (descrizione)

- 2) Negli ultimi 5 anni ha consultato medici? **SI** **NO**
Se SI, indicare motivo, anno ed esito
- 3) Indicare Peso: Kg Altezza: cm Valori pressori: min. max.
- 4) Pratica sport o attività pericolose? **SI** **NO** se SI, quali?
- 5) Gode di pensione di invalidità o ne ha fatto richiesta? **SI** **NO** **Grado** **Data richiesta**
- 6) Chi è il Suo medico curante o di famiglia? (Nome, Cognome e recapito)

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non essere stato assente dal lavoro negli ultimi sei mesi, per malattia o infortunio, per più di trenta giorni. In caso contrario, dichiara di aver sofferto di _____ con esito _____

Il sottoscritto dichiara, altresì, di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché le altre persone, Ospedali, Case di cura ed Istituti in genere ai quali la Compagnia credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Luogo e Data (gg/mm/aaaa) _____ **L' Assicurando**

**Autorizzazione per l'addebito in conto corrente delle disposizioni
SEPA CORE DIRECT DEBIT**

 RIFERIMENTO MANDATO*: **347584**

AT-01

(da completare a cura del Creditore)



 Galeno Soc. Mutua Coop.
 Fondo Sanitario Integrativo
 via Parigi 11, 00185 - Roma
 C. Fisc. E P. Iva 04273791006

(NOME E LOGO DEL CREDITORE)

DATI DEL DEBITORE

Cognome e Nome*:

AT-14

Indirizzo*:

AT-09

N°

Cap:

Località:

Provincia:

Paese:

IBAN conto corrente*:

I	T																				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AT-07

Banca:

Codice SWIFT (BIC):

Codice Fiscale:

DATI DEL CREDITORE

 Cognome e Nome/Ragione Sociale del Creditore*: **Galeno Soc. Mutua Coop. / Fondo Sanitario Integrativo**

AT-03

 Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)*: **IT70X0303213200010000002916**

AT-02

 Sede Legale: **via Parigi**

AT-05

 N°: **11**

 Cap: **00185**

 Località: **Roma**

 Provincia: **RM**

 Paese: **Italia**

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato*
AT-21 addebiti in via continuativa un singolo addebito
 → la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

 Il sottoscritto ha facoltà di richiedere al PSP il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate **entro e non oltre 8 settimane** a decorrere dalla data di addebito in conto.

COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE le informazioni relative al sottoscrittore nel caso in cui il sottoscrittore e Debitore non coincidano

Cognome e Nome del sottoscrittore:

Codice Fiscale del sottoscrittore:

AT-51

Luogo

Data*

AT-25

* I campi indicati con asterisco sono obbligatori.

Il Codice Fiscale e la Partita Iva, anche se previsto, non sono obbligatori per i soggetti non residenti.

Firma del Debitore*

N.B. : I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dal PSP.

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:

6 QUESTIONARIO ASSUNTIVO PER COPERTURE LTC

Convenzione n. 6253/ LTCTEMPORANEA

RENDITA MENSILE PER L'ADERENTEGALENO FAMILY

Obbligatoria

Euro 500,00

Integrativa volontaria

Euro 1.000,00

Euro 1.500,00

Convenzione n. 9983/ LTC A VITA INTERA

RENDITA MENSILE PER L'ADERENTEGALENO FAMILY

Integrativa volontaria

Euro 1.000,00

Euro 1.500,00

Le rendite integrative volontarie (LTCTEMPORANEA A VITA INTERA) sottoscrivibili dall'aderente Galeno Family sono cumulabili con la rendita di Euro 500,00 erogata dalla LTC obbligatoria fino ad un massimo di Euro 2.000,00.

Contraente: Galeno società mutua cooperativa – Fondo sanitario integrativo

Assicurato: _____

Cognome e Nome

_____ / _____ / _____
Codice Fiscale

_____ / _____ / _____
Data di nascita

_____ / _____ / _____
Luogo di nascita

_____ / _____ / _____
Comune Provincia

_____ / _____ / _____
Provincia

Informazioni generali sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato, costituenti le basi del contratto di assicurazione

AVVERTENZA - ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Ai sensi della L.193/2023 per la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche, per la compilazione del questionario assuntivo NON RILEVANO e dunque NON DEVONO ESSERE FORNITE INFORMAZIONI relative a patologie oncologiche dalle quali l'assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni o 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età.

Per alcune patologie si applicano i termini temporali ridotti riportati nella seguente tabella:

TIPO TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon retto	Stadio I, qualsiasi età	1 anno
Colon retto	Stadio II/III, età > 21 anni	7 anni
Melanoma	Età > 21 anni	6 anni
Mammella	Stadio I/II, qualsiasi età	1 anno
Utero	collo Età > 21 anni	6 anni
Utero	corpo Quasi qualsiasi età	5 anni
Testicolo	Quasi qualsiasi età	1 anno
Tiroide	Donne età < 55 anni/Uomini età < 45 anni (esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi)	1 anno
Linfomi di Hodgkin	Età < 45 anni	5 anni
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5 anni

La tabella sopra riportata corrisponde all'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 e può essere aggiornata, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno.

Pertanto, **SI RACCOMANDA** di rispondere alle domande che seguono considerando SOLO le eventuali patologie oncologiche per le quali il trattamento attivo NON si sia concluso, senza episodi di recidiva, da almeno 10 anni rispetto alla compilazione del questionario sanitario. Tale termine è ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età. Per alcune patologie si applicano termini temporali ridotti come sopra riportati.

1. Dimensioni corporee

Altezza cm: _____ Peso Kg: _____

2. **NO** Il suo peso ha subito variazioni superiori al 10% negli ultimi 12 mesi?
- SI** Si prega di indicare di quanto ed il motivo _____
3. **NO** È invalido o ha in corso domande di riconoscimento di invalidità?
- SI** Si prega di indicare la tipologia (Civile, INPDAl, INAIL, Altro) e per quale motivo _____

4. NO Nell'esercizio della sua professione è esposto a speciali pericoli (es contatto con materie venefiche, esplosive, linee elettriche ad alta tensione, fonditura, lavori su impalcature o tetti)?
- SI Quali? _____

5. NO Pratica sport?
- SI Quali? _____
Come professionista o dilettante? _____
6. NO Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?
- SI Quali e in quale quantità giornaliera? _____
7. NO Fa uso o ha mai fatto uso di alcolici?
- SI Quali e in quale quantità giornaliera? _____
8. NO Fa uso o ha mai fatto uso di tabacco?
- SI Quali e in quale quantità giornaliera? _____
9. NO Nella sua famiglia si sono verificati casi di malattie cardiache, vascolari, neurologiche, psichiatriche, cancro, diabete?
- SI Quali? _____
10. NO È mai stato ricoverato negli ultimi 5 anni in ospedali, sanatori, case di cura o simili per malattie e/o interventi chirurgici?
- SI Per quali cause? _____
Dove, quando e per quanto tempo? _____
11. NO Soffre di alterazioni della deglutizione, masticazione, controllo sfinterico?
- SI Quali? _____

12. NO Soffre di alterazioni sensitivo/motorie a carico degli arti superiori e/o inferiori (impugnare oggetti, difficoltà ad allacciare bottoni, tremori, alterazione della sensibilità alle dita, zoppia, difficoltà a salire o scendere le scale senza aiuto o appoggio, riduzione di velocità nei trasferimenti, altro)?
- SI Quali? _____

13. NO Soffre di alterazioni/difficoltà nella parola o memoria?
- SI Quali? _____

Accertamenti diagnostici effettuati negli ultimi cinque anni

14. NO Esami del sange
- SI In quale data? _____
Per quale motivo? _____
Con quale risultato? _____
15. NO Elettrocardiogramma
- SI Per quale motivo? _____
Con quale risultato? _____
16. NO Esami delle urine?
- SI Per quale motivo? _____
Con quale risultato? _____
17. NO Radiografie
- SI Per quale motivo? _____
Con quale risultato? _____
18. NO Altro
- SI Per quale motivo? _____
Con quale risultato? _____
19. NO Test HIV
- SI Per quale motivo? _____
Con quale risultato? _____

8 Anamnesi patologica

20. NO Soffre attualmente o ha sofferto di qualche malattia (formulare una descrizione dettagliata, inizio, durata, guarigione o postumi di eventuali malattie)?
- SI **In tal caso si prega di fornire ulteriori informazioni rispondendo a tutte le seguenti domande:**
- a. NO Dell'**apparato respiratorio**
- SI Quali? _____
- b. NO Dell'**apparato cardiocircolatorio**
- SI Quali? _____
- c. NO Dell'**apparato digerente**
- SI Quali? _____
- d. NO Del **sistema urogenitale**
- SI Quali? _____
- e. NO Dell'**apparato osteo-articolare**
- SI Quali? _____
- f. NO Del **sistema endocrino**
- SI Quali? _____
- g. NO Del **sangue**
- SI Quali? _____
- h. NO Del **sistema nervoso**
- SI Quali? _____
- i. NO Dell'**apparato riproduttivo**
- SI Quali? _____
- j. NO Dell'**udito** o della **vista**
- SI Quali? _____

Dichiarazioni dell'assicurato

- dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte fornite 7 anche se materialmente scritte da altri 7 sono esatte e veritiere e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosco che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile)
- prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potrebbero avermi curato o visitato e le altre persone a cui l'Impresa, anche dopo il verificarsi dell'evento assicurato, si rivolgesse per acquisire ogni informazione e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo che verrà sottoscritto, di cui la presente dichiarazione costituirà parte essenziale ed integrante
- quale soggetto interessato al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Impresa, preso atto dell'Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza allegata al presente questionario sanitario, consapevole che i dati personali oggetto di trattamento richiesti dall'Impresa prima della conclusione del contratto, come pure quelli che potranno essere richiesti successivamente in corso di contratto, sono essenziali ai fini della conclusione, gestione ed esecuzione

Firma dell'Assicurato

Luogo e data

9 INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA – ED. 01/01/2020

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza.

Nel rispetto di questo quadro normativo, Le chiediamo di fornirci i Suoi dati per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati. A tal fine, le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano come precisato nel presente documento.

Allianz S.p.A. (di seguito anche “**Società**”) deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano. I Suoi dati personali saranno trattati da Allianz S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento.

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il titolare del trattamento dei dati è:

- Allianz S.p.A. con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde: 800686868

che definisce le modalità e le finalità del trattamento dei suoi dati personali.

La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel documento il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

- Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti, Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde 800686868, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto

presso la quale sono disponibili anche la lista dei responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Per Sua comodità, Le indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo.allianz@allianz.it.

2. Categorie di dati raccolti

La nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che riguardano Lei e/o i Suoi familiari. Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari solo in quanto siano strumentali e/o utili alla gestione del rapporto assicurativo e/o all'adempimento di prestazioni ad esso strumentali o connesse.

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- dati anagrafici;
- **dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute) per visite mediche, per la sottoscrizione polizze vita e liquidazione sinistri e per i quali si richiede un ESPRESSO CONSENSO al trattamento;**
- dati biometrici (per firma grafometrica);
- digital contacts, quali e7mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi dimessaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

In base al Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati, Le chiediamo di fornirci i Suoi dati per poter erogare i servizi offerti.

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti sono utilizzati da Allianz S.p.A., dall'Agente, da società del Gruppo Allianz SE e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo** e/o fornirle il prodotto assicurativo; per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati “sensibili” ed eventualmente giudiziari strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di questionari anamnestici, questionari sanitari e perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- adempiere alla normativa** vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo, nonché alla normativa e agli adempimenti dettati dalle autorità di vigilanza, giudiziarie, etc.;
- i Suoi dati personali, anche sensibili e giudiziari, saranno trattati e potranno essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per verifiche precontrattuali e per finalità di antifrode. I Suoi dati potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, e comunque nel rispetto del periodo di conservazione dei dati indicato al successivo paragrafo 9, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a) Altre finalità

- emettere la polizza richiesta e per la sua gestione, nonché per l'erogazione dei servizi ad essa strumentali, laddove previsti, (es.: finanziamenti) potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'interessato ottenuti mediante accesso ai Sic-Sistemi di informazioni creditizie, archivi che raccolgono informazioni relative a richieste/rapporti di credito con banche e operatori finanziari, senza comunque procedere all'alimentazione di tali archivi. Queste informazioni saranno consultate per verificare le dichiarazioni contrattuali e il grado di rischio creditizio, saranno conservate presso di noi e potranno essere comunicate solo ed esclusivamente a società del Gruppo Allianz SE;
- valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi in base alle sue esigenze assicurative.

3.b) Trattamento dei dati sensibili: i dati biometrici

Inoltre, qualora aderisca al servizio di sottoscrizione con “firma grafometrica”, tratteremo i dati biometrici da Lei forniti attraverso l'apposizione della **firma elettronica** (per tali intendendosi i dati relativi alle modalità di esecuzione della firma medesima: posizione, velocità, accelerazione e pressione) al fine di prevenire eventuali utilizzi non autorizzati delle sue credenziali, di accertare e provare la Sua sottoscrizione e le transazioni da Lei effettuate. Nel caso in cui Lei non intendesse aderire al suddetto servizio, la sua firma verrà raccolta in modo tradizionale su supporto cartaceo.

3.c) Base giuridica del trattamento

La base giuridica dei trattamenti dei dati è rappresentata dal fatto che il trattamento è necessario all'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione, o dell'avvenuta instaurazione, del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'Interessato stesso.

In aggiunta, per i dati sensibili, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'Interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali.

3.d) Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

Premesso che il consenso al trattamento dei Suoi dati è facoltativo, preme precisarle che, **in caso di Suo rifiuto**, Allianz si vedrà costretta a non poter procedere con l'erogazione dei servizi e dei prodotti sopra indicati in tutto in parte, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati sono stati da lei forniti per l'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'interessato stesso.

Le chiediamo, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, ivi inclusi i dati necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati “sensibili” ed eventualmente giudiziari strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come, ad esempio, nel caso di perizie mediche, questionari sanitari e anamnestici ed altra documentazione medica necessaria per la sottoscrizione delle polizze o per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

4. Modalità d'uso dei dati

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirle i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richieste, anche mediante l'uso della **posta cartacea**, di chiamate tramite **operatore**, del **fax**, del **telefono** anche cellulare, della **posta elettronica**, degli **SMS**, **tablet**, **smartphone**, applicazioni per dispositivi mobili e **smartphone (APP)** o di altre tecniche di **comunicazione a distanza**, di strumenti telematici, automatizzati ed informatici, nonché di coupons,

schede e questionari. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

5. Destinatari dei dati personali. Chi potrà accedere ai Suoi dati

- Per taluni servizi, utilizziamo **soggetti di nostra fiducia** che svolgono per nostro conto compiti di natura contrattuale, tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono **nostri diretti collaboratori** e svolgono la funzione del **"responsabile"** o di soggetto autorizzato al trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti **"titolari"** del trattamento.
- Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del **Gruppo Allianz SE** o della catena distributiva quali **intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione**, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali **legali, investigatori, periti e medici**; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione economico-commerciale anche per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti, società specializzate nelle attività di informazione e promozione commerciale e ricerche di mercato, società di investigazione, nonché delle società incaricate da Allianz della prestazione dei servizi di firma elettronica e conservazione del relativo documento elettronico.
- In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.
- La informiamo, inoltre, che i Suoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa anticiclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

5.a) Possibili ulteriori destinatari dei dati personali

Per le finalità di cui al punto che precede, inoltre, i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come **autonomi titolari**: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità connesse a quelle di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet di Allianz. Nel caso in cui le suddette BCR non trovassero applicazione, attueremo tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati.

Nel caso in cui Lei voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: Allianz S.p.A. – Servizio Clienti (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento), Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, Allianz garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

Allianz non trasferirà in alcun caso i Suoi dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento dei dati personali stessi.

7. I Suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali che lo riguardano e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito riportiamo l'elenco specifico dei suoi diritti in relazione al trattamento dei suoi dati. Lei potrà:

- accedere ai Suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
- revocare il Suo consenso in ogni momento;
- aggiornare o correggere i Suoi dati personali in ogni momento;
- chiedere la cancellazione dei Suoi dati dai nostri sistemi (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
- per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei Suoi dati (limitazione) in determinate circostanze: per es. qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
- conoscere dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;
- ottenere copia dei Suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
- conoscere se i dati sono trasferiti a un paese terzo, informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;
- contattare il DPO ovvero il Garante della Privacy.

7.a) Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, Lei ha, anche, il **diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i Suoi dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto.**

La eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo di consenso.

Per l'esercizio dei Suoi diritti può rivolgersi a:

- Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti, Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde 800686868, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussiste la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, Allianz avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono i dati. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

8.a) Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Lei ha anche il diritto di proporre reclamo dinanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.

9. Consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico

Per la trasmissione della documentazione di polizza nella fase precontrattuale e in corso di rapporto, Allianz Le propone l'utilizzo del formato elettronico. La informiamo che:

- prestando il suo consenso lei acconsente a ricevere la documentazione precontrattuale, contrattuale e in corso di rapporto in formato elettronico, all'indirizzo email indicato in anagrafica anche con riferimento ai contratti già in corso;
- Lei potrà revocare il consenso già espresso in qualsiasi momento con le medesime modalità.